



## Tuberculosis intestinal y peritoneal

### Intestinal and peritoneal tuberculosis

**Blanca Caridad Piedra Herrera,** <sup>1</sup> **Ricardo Barbero Arencibia,** <sup>2</sup> **Yanet Acosta Piedra** <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Investigadora Agregada. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Policlínico Samuel Fernández. Matanzas. Cuba. [bcpiedra.mtz@infomed.sld.cu](mailto:bcpiedra.mtz@infomed.sld.cu)

<sup>2</sup> Médico. Especialista de Primer Grado en Cirugía General, Profesor Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio. Pinar del Río. Cuba. [ricabarbero@infomed.sld.cu](mailto:ricabarbero@infomed.sld.cu)

<sup>3</sup> Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesora Asistente. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas. Cuba. [bcpiedra.mtz@infomed.sld.cu](mailto:bcpiedra.mtz@infomed.sld.cu)

**Recibido:** 12 de enero de 2018

**Aprobado:** 23 de marzo de 2018

---

**Citar como:** Piedra Herrera BC, Barbero Arencibia R, Acosta Piedra Y. Tuberculosis intestinal y peritoneal. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado: fecha de acceso]; 22(4): 830-836. Disponible en: [www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3455](http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3455)

---

## RESUMEN

**Introducción:** la tuberculosis es un problema común en el mundo, fundamentalmente en países en desarrollo, donde la pobreza, la ignorancia, la sobrepoblación, las malas condiciones sanitarias y la malnutrición son prevalentes. Aproximadamente del 1 al 3 % del total de casos de tuberculosis son extrapulmonares, y de estos del 11 al 16 % es tuberculosis abdominal. La tuberculosis intestinal es la sexta forma en frecuencia que se reporta.

**Caso Clínico:** paciente de 34 años, masculino, sin antecedentes de enfermedad respiratoria. Aquejaba dolor abdominal recurrente desde días antes a su ingreso, acompañado de vómitos frecuentes y fétidos, con distensión abdominal marcada. Al examen físico se constató un paciente delgado, pálido, desnutrido, con pésimo estado higiénico. Abdomen distendido, hipertimpánico y doloroso difusamente. Signos vitales normales, excepto la temperatura, que se mantuvo entre 37 y 37,5°C. tensión arterial: 90/60, frecuencia cardíaca: 100/min. El resto del examen fue negativo. En los exámenes indispensables que fue posible realizar en el medio donde se encontraba, se constató anemia de 10 gr/l de hemoglobina y eritrosedimentación acelerada. Radiografía de tórax sin alteraciones. Se diagnosticó una oclusión intestinal por una tuberculosis enteral y peritoneal fue operado y tratado con drogas anti tuberculosas, siendo dado de alta mejorado.

**Conclusión:** frente a un paciente con una oclusión intestinal sin etiología probable, debe pensarse en la tuberculosis intestinal, aunque no tenga antecedentes de afectación pulmonar previa. Se muestran dos formas clínicas de la entidad y una forma de debut infrecuente y ahí radica el mayor interés de esta presentación de caso.

**DeCS:** TUBERCULOSIS; TUBERCULOSIS GASTROINTESTINAL;  
TUBERCULOSISPULMONAR; DOLORABDOMINAL; OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** tuberculosis is a common problem all over the world, mainly in developing countries, where poverty, ignorance, overpopulation, poor sanitary conditions and malnutrition prevail. Approximately 1 to 3% of the total cases of tuberculosis are extra pulmonary; out of these 11 to 16% belongs to abdominal tuberculosis. Intestinal tuberculosis is the sixth form in frequency that is reported.

**Case Report:** a 34-year-old male patient with no history of respiratory disease who suffered from recurrent abdominal pain some days before his admission, and accompanied by frequent fetid vomiting, with marked abdominal distension is presented. Physical examination revealed a thin, pale, malnourished patient with a very poor hygienic condition. The patient presented a distended, hyper tympanic and diffusely painful abdomen. Normal vital signs, except for the temperature that remained between 37 and 37.5 ° C. BP: 90/60, CR: 100 / min. The rest of the exam was negative. In the essential examinations that were possible to perform in the environment where he was, 10 g / l of hemoglobin (anemia) and accelerated erythrocyte sedimentation was found along with a chest X-ray without alterations. An intestinal occlusion was diagnosed due to enteral and peritoneal tuberculosis that was operated on and treated with anti-tuberculosis drugs, being discharged from the hospital.

**Conclusion:** before a patient with an intestinal occlusion without probable etiology, intestinal tuberculosis should be considered even though there is no history of previous pulmonary involvement. Two clinical forms of the entity and an infrequent form of onset are shown and which is main interest of this case report.

**DeCS:** TUBERCULOSIS; TUBERCULOSIS, GASTROINTESTINAL; TUBERCULOSIS, PULMONARY; ABDOMINAL PAIN; INTESTINAL OBSTRUCTION.

---

## INTRODUCCIÓN

Existen reportes de evidencias de tuberculosis (TB) en restos humanos arqueológicos. <sup>(1)</sup> La TB es un problema común en el mundo, fundamentalmente en países en desarrollo, donde la pobreza, la ignorancia, la sobrepoblación, las malas condiciones sanitarias y la malnutrición son prevalentes. La malnutrición por la inmunodeficiencia que confiere predispone a la TB. Esto ha sido declarado una emergencia global y la principal enfermedad transmisible en todo el mundo, por la Organización Mundial de la Salud. Aproximadamente la tercera parte de la población mundial está infectada con la TB y cerca de tres millones de personas mueren cada año por esta causa. <sup>(2,3)</sup>

La TB puede afectar cualquier parte del cuerpo y el abdomen es el segundo en frecuencia después de los pulmones. En el abdomen la TB puede afectar el tracto gastrointestinal, el peritoneo, los nódulos linfáticos y las vísceras sólidas. Aproximadamente del uno al tres % del total de casos de TB son extrapulmonares y de estos del 11 al 16 % es TB abdominal. <sup>(3-5)</sup> La TB intestinal es la sexta forma en frecuencia que se reporta. <sup>(4)</sup>

La TB entérica puede existir de tres formas principales: ulcerativa, hipertrófica o úlcero-hipertrófica y la forma fibrosa estenosante. <sup>(3,4)</sup>

Usualmente la enfermedad tiene un curso indolente y se presenta de manera tardía por complicaciones, especialmente por obstrucciones intestinales agudas o sub agudas debidas a una masa (tuberculoma), una formación fibrosa estenosante en el intestino, o una perforación que provoque una peritonitis. <sup>(2)</sup>

La TB intestinal puede presentarse comúnmente como obstrucción intestinal. Conforme la enfermedad progresa, el peritoneo parietal y visceral se cubren con "tubérculos", pudiéndose observar ascitis de cantidad variable en el 97 % de los pacientes, o puede ser encontrado como una fase fibroadhesiva que suele expresarse en forma "seca". Raramente la TB se presenta con clínica de colitis tuberculosa difusa, la cual debe ser diferenciada de una colitis ulcerativa y de la enfermedad de Crohn. La obstrucción intestinal es la complicación más común encontrada en TB del intestino delgado en 20 % de los pacientes. La TB se manifiesta de igual forma en el intestino delgado que en el grueso y presenta las mismas complicaciones. <sup>(4)</sup>

La radiografía de tórax muestra enfermedad activa en la quinta parte de los casos, y puede servir de apoyo para el diagnóstico de TB en intestino, pero una radiografía normal no excluye la presencia de la enfermedad. <sup>(4,5, 6)</sup>

El diagnóstico de la TB extra pulmonar es difícil debido a las dificultades para la obtención de muestras y los resultados con baciloscopía positiva. <sup>(6)</sup>

El tratamiento de la TB abdominal es principalmente conservador con terapia antituberculosa, y el tratamiento quirúrgico se reserva para complicaciones tales como la obstrucción intestinal y la perforación con peritonitis. <sup>(2)</sup>

El tratamiento quirúrgico se debe complementar con terapia antituberculosa coadyuvante. El pronóstico de la TB colónica depende del momento en que se haga el diagnóstico y del tratamiento oportuno, ya que el 90 % de los casos responden al tratamiento médico. Aquellos pacientes con enfermedades graves relacionadas y complicaciones de la patología, se asocian con mayores tasas de mortalidad. <sup>(5,6,7)</sup>

La TB intestinal y peritoneal es aún un problema que no sólo afecta al huésped inmunocomprometido, también se puede presentar en individuos jóvenes y aparentemente sanos. La asociación de TB en pacientes con SIDA es responsable de la mayoría de las muertes por esta enfermedad. La presentación típica asociada a fiebre como manifestación principal de un fenómeno infeccioso suele estar ausente. En general la TB debe tomarse en cuenta en nuestros diagnósticos diferenciales. <sup>(4)</sup>

Resulta interesante el conocimiento de formas poco frecuentes de presentación de la TB extrapulmonar, dado que su cuadro puede simular otras entidades y crear dificultades diagnósticas. El objetivo de este trabajo es realizar la presentación clínica de un paciente portador de una TB abdominal, peritoneal e intestinal, que debutó con una oclusión intestinal, en el Hospital de Ondjiva, Kunene, Angola.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

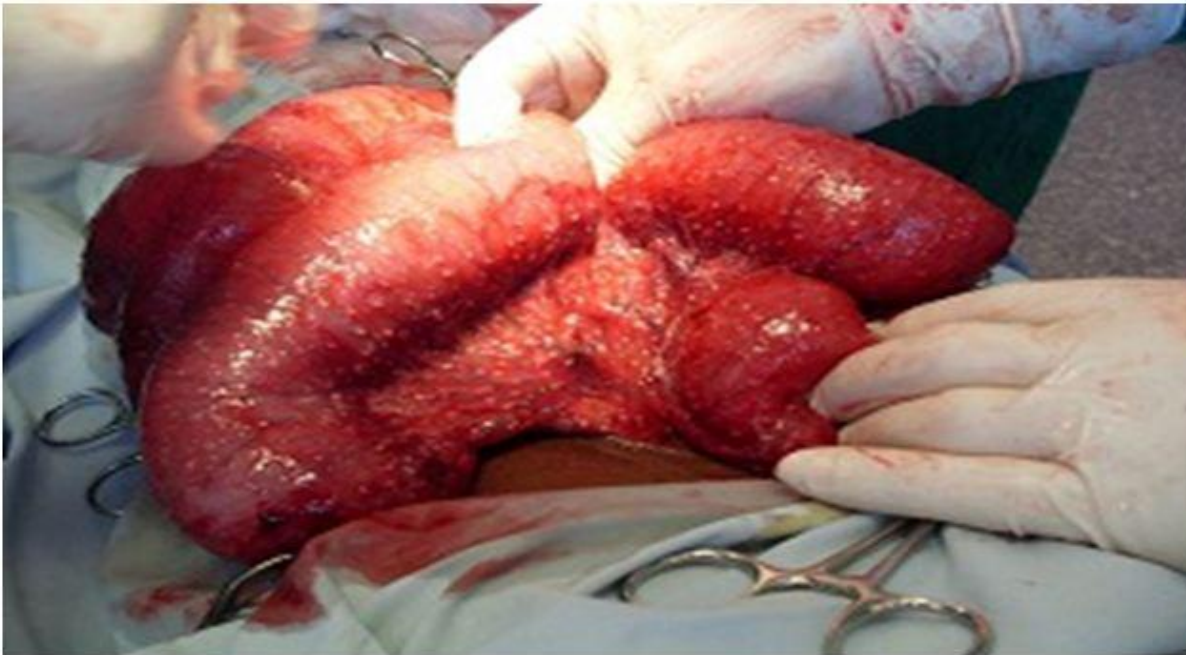
Se trata de un paciente de 34 años, masculino, sin antecedentes de enfermedad respiratoria u otra que fuera significativa. Acudió al hospital aquejado de dolor abdominal recurrente desde unos días antes de su ingreso, acompañado de vómitos frecuentes y fétidos, y además con distensión abdominal marcada. Al examen físico se constata un paciente delgado, algo pálido, que mostraba signos de desnutrición y un pésimo estado higiénico. Su abdomen estaba distendido, difícil de palpar, hipertimpánico y doloroso difusamente. Sus signos vitales eran normales, excepto la temperatura que se mantuvo entre 37 y 37,5°C. Estaba taquicárdico e hipotenso (tensión arterial (TA): 90/60, frecuencia cardíaca (FC): 100/min) y el resto del examen fue negativo.

Se realizaron los exámenes indispensables que fue posible realizar en el medio donde se encontraba, constatándose anemia de 10 gr/l de hemoglobina y eritrosedimentación acelerada. En la radiografía de tórax no se encontraron alteraciones.

Fue consultado por el cirujano, que luego de examinarlo le indicó la permanencia de una sonda nasogástrica y rectal. Un día después en la sonda nasogástrica había heces, y fue indudable el diagnóstico de una oclusión intestinal. Fue operado de urgencia y se constató la existencia de bandas de fibrosis que ocluían el intestino y la presencia de lesiones puntiformes, blanquecinas, diseminadas en el intestino grueso y el mesenterio, lo que hizo plantear su diagnóstico final: una TB intestinal y peritoneal, como causa de la oclusión intestinal. (Fig. 1 y Fig. 2) Se inició tratamiento antituberculoso con rifampizina, isoniazida, pirazinamida y etambutol; su evolución post quirúrgica fue exitosa y fue dado de alta con tratamiento, mejorado.



**Fig. 1** Lesiones puntiformes blanquecinas típicas, en granos de mijo, clásicas de la tuberculosis en las asas intestinales.



**Fig. 2** Las lesiones de la tuberculosis ya descrita, en el mesenterio.

## **DISCUSIÓN**

El paciente que presentamos hizo una oclusión intestinal y su cuadro sobragudo no permitió que fuera estudiado desde ningún punto de vista; solamente se le realizaron complementarios de urgencia que reportaron que tenía una anemia y una sedimentación globular acelerada, investigaciones muy inespecíficas. En la discusión clínica del paciente en cuestión se valoraron conjuntamente con cirugía, las posibles causas de oclusión intestinal.

Se plantearon como causa para la oclusión las bridas y los tumores del intestino; se valoraron las bridas congénitas porque no tenía el paciente antecedente alguno de proceder quirúrgico anterior, y con mayor fuerza los tumores del intestino, por el mal estado nutricional y general del paciente, pero no se tuvo certeza alguna. La posibilidad de que se tratara de una TB intestinal no fue pensada por las manifestaciones proteiformes de esta entidad que dificultan su diagnóstico y que provocan procedimientos quirúrgicos innecesarios muchas veces por la simulación de cuadros abdominales agudos. <sup>(8)</sup> Fueron los hallazgos operatorios los encargados de esclarecer el diagnóstico. Las lesiones típicas en el intestino y el mesenterio, (lesiones puntiformes, blanquecinas, en grano de mijo), junto a la desnutrición del paciente y la hiperendemia tuberculosa de la zona, fueron la confirmación de que se trataba de una TB intestinal y peritoneal. En este caso se trató de una forma fibrosa estenosante y tuvo una peritonitis sec, a pues no presentó ascitis en ningún momento. El diagnóstico se reafirmó con la muy buena evolución del paciente con tratamiento antituberculoso después del acto operatorio, donde solamente se liberaron las asas comprometidas.

La TB extrapulmonar se observa en el 10 al 20 % de personas inmunocompetentes, <sup>(9)</sup> y es considerada por algunos como una entidad sin fronteras que debe ser considerada para no incurrir en errores diagnósticos que dificulten el trabajo médico y redunden en malas consecuencias para los enfermos. <sup>(10)</sup>

Frente a un paciente con una oclusión intestinal sin etiología probable, siempre debe pensarse en la TB intestinal a pesar de no tener antecedentes de afectación pulmonar previa. Este paciente mostró dos formas clínicas de la entidad y una forma de debutar infrecuente y ahí radica su mayor interés.

Estos casos debutan muchas veces con complicaciones y haciendo el diagnóstico temprano responden de manera adecuada al tratamiento específico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roberts CA. Old World tuberculosis: Evidence from human remains with a review of current research and future prospects. Tuberculosis (Edinb)[Internet]. 2015 Jun [citado 2017 sep 08]; 95(Suppl 1): 1-16 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tube.2015.02.018>. <http://dro.dur.ac.uk/19369/1/19369.pdf>
2. Chalya PL, Mchembe MD, Mshana SE, Rambau P, Jaka H, Mabula JB. Clinicopathological profile and surgical treatment of abdominal tuberculosis: a single centre experience in northwestern Tanzania. BMC Infectious Diseases[Internet]. 2013[citado 2017 sep 08]; 13: 270. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-13-270>
3. Chalya PL, Mchembe MD, Mshana SE, Rambau P, Jaka H, Mabula JB. Tuberculous bowel obstruction at a university teaching hospital in Northwestern Tanzania: a surgical experience with 118 cases. World Journal of Emergency Surgery[Internet]. 2013[citado 2017 sep 08]; 8: 12. Disponible en: <https://wjes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1749-7922-8-12>
4. Farías LIOA, López RMKL, Morales AJM, Medina QM, Vázquez GB, Ruiz C IE, et al. Tuberculosis peritoneal e intestinal: una enfermedad ancestral que impone nuevos retos en la era tecnológica. Informe de un caso y revisión de la literatura. RevGastroenterolMex [Internet]. 2005 [citado 2017 sep 08]; 70(2): 169-79. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2005/ge052i.pdf>

5. Zavalia M, Colinas M, de Vedia E, Martínez BH, Levi G. Tuberculosis colónica. Presentación de caso. Rev argent coloproct [Internet]. 2013 [citado 2017 sep 08]; 24(2): 61-4. Disponible en: [http://sacp.org.ar/revista/files/PDF/24\\_04/24\\_02\\_02.pdf](http://sacp.org.ar/revista/files/PDF/24_04/24_02_02.pdf)
6. Sikalengo G, Ramirez A, Faini D, Mwamelo K, Battegay M, Levan J, et al. Tuberculous spondylitis diagnosed through Xpert MTB/RIF assay in urine: a case report. BMC Infectious Diseases BMC series – open, inclusive and trusted [Internet]. 2016 [citado 2017 sep 08]; 16: 514 Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1844-0>
7. Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. World J Gastroenterol [Internet]. 2014 oct [citado 2017 sep 08]; 20(40): 14831-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209546/>
8. Dones P, Di Gangi M, Concetta F M, Genova S, Giannitto C, Corsello G, et al. Intestinal tuberculosis in a child living in a country with a low incidence of tuberculosis: a case report. BMC Research Notes [Internet]. 2014 [citado 2017 sep 08]; 7: 762. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-762>
9. Barboza QM. Tuberculosis miliar en una privada de libertad: Presentación de un caso y revisión del tema. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. 2015 Jan [citado 2017 sep 08]; 32(1). Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152015000100022](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100022)
10. Fogel N. Tuberculosis: a disease without boundaries. Tuberculosis (Edinb) [Internet]. 2015 sep [citado 2017 sep 08]; 95(5): 527-31. Disponible en: <http://www.tuberculosisjournal.com/article/S1472-9792%2814%2920695-0/pdf>

**Blanca Caridad Piedra Herrera.** Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Investigadora Agregada. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Policlínico Samuel Fernández. Matanzas. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***